Deutsche Rentenversicherung

Eingangsstempel

## **Antrag auf Versichertenrente**

# **R0100**

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I). Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

#### 1 **Beantragte Rente** Rente wegen Erwerbsminderung 75 Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen Antragstellung aufgrund eines Hinweises des Rentenversicherungsträgers im Anschluss an ein Rehabilitationsverfahren Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen 71 Bergbau Rente für Bergleute wegen Vollendung des Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen 72 50. Lebensjahres Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Vordrucke R0220 / R0660 bitte beifügen 45 Tod des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Vordrucke R0220 / R0660 bitte beifügen 45 Tod des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting 16 Regelaltersrente 65 Altersrente für besonders langjährig Versicherte 63 Altersrente für langjährig Versicherte



Versicherungsnummer   Kennzeichen   (soweit bekannt)	
noch Ziffer 1	
Altersrente für schwerbehinderte Menschen	Schwerbehinderung bitte nachweisen 62
Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Ber	rgleute 19
Knappschaftsausgleichsleistung	10
Die Altersrente soll gezahlt werden als	
Vollrente Teilrente in Höhe von	_ % (mindestens 10 %)
Tag Monat	at Jahr
Die beantragte Altersrente soll beginnen am	
2 Angaben zur Person	
Name	Vorname (Rufname)
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)  Vorsatzworte zum Namen (	(Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	rühere Namen
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)
Geburtsdatum	
Geschlecht männlich	weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort	Geburtsland
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl Wohnort	
Land	
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer
noch Ziffer 2
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland), Ort, Bundesland
Tag Monat Jahr Zuzug aus dem Ausland?
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)
Familienstand:  nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben)  verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend
steuerliche Identifikationsnummer
3 Antragstellung durch andere Personen Vollmacht oder Beschluss de Der Antrag wird in Vertretung gestellt von Gerichts bitte beifügen
Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)  Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)  Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
in der Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl Wohnort
Land
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)  Telefax (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer   Kennzeichen   (soweit bekannt)
4 Zahlungsweg
Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):
IBAN (International Bank Account Number)
Name des Geldinstituts
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:
Name, Vorname (Rufname)
Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl   Wohnort
Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.
Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden. In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310,
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  6 Beweismittel bitte beifüge  6 Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  Beweismittel bitte beifüge
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  6 Beweismittel bitte beifüge 5.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  6.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?  In nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  6.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?  In nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2  ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  6.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?  In nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2  ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:  Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  6.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?  In nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2  ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  Beweismittel bitte beifüge  5.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?  nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2  ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:  Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr  Beitragszeiten vom bis
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  Beweismittel bitte beifüge  5.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?  nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2  ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:  Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr  Beitragszeiten vom bis
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  6 Beweismittel bitte beifüge Beweismittel bitte beifüge Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?  In nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2  Ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:  Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr  Beitragszeiten vom bis  genaue Bezeichnung der Tätigkeit
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  6.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?  7 nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2  7 ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:  8 Beitragszeiten  8 vom  9 Jahr  1 Tag Monat Jahr  9 genaue Bezeichnung der Tätigkeit  Name des Arbeitgebers / Dienstherrn
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.  5 Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)  Beweismittel bitte beifüge  5.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?  nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2  ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:  Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr  Beitragszeiten vom bis  genaue Bezeichnung der Tätigkeit  Name des Arbeitgebers / Dienstherrn  Anschrift



	Kennzeichen
Versicherungsnummer	(soweit bekannt)
noch Ziffer <b>5.1</b>	Beweismittel bitte beifüge
<u> </u>	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Beitragszeiten	vom bis
genaue Bezeichnung der Tätigkeit	
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn	
Anschrift	
zuständige Krankenkasse	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
nicht erwerbsmäßige Pflege	vom
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
zuständige Pflegekasse	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
nicht erwerbsmäßige Pflege	vom bis Coburt datum
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
zuständige Pflegekasse	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
selbständige Tätigkeit	vom
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
selbständige Tätigkeit	vom Lilia bis Lilia Lilia
<b>5.2</b> Haben Sie Zeiten und Sachverl Versicherungsverlauf nicht enthalten	nalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im sind?
nein ja, <b>bitte Vordru</b>	ck V0700 ausfüllen und beifügen
	eitslosigkeit vor dem 1.1.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen Id II oder Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld,
$\neg$	
nein Tag Monat	Jahr Tag Monat Jahr
ja, vom	bis
<b>Nachweise</b> sind	d beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht



Versicherungs	Nummer Kennzeichen (soweit bekannt)
	Beweismittel bitte beifügen
<b>5.4</b> Habei	n Sie Zeiten der <b>Berufsausbildung</b> (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?
	<b>.</b>
nein	
ja,	weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten zwar im Versicherungsverlauf enthalten, aber noch nicht als <b>"berufliche Ausbildung"</b> gekennzeichnet sind
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	vom
	Tag Monat Jahr
	Tag der Abschlussprüfung
	Art der Berufsausbildung
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	vom
	Tag Monat Jahr
	Tag der Abschlussprüfung
	Art der Berufsausbildung
	Nachanaira (anna Baiarial I abanantara Baitin aranannia Carallambairi Vandianatharabairin anna
	Nachweise (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)
	sind beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht
6 Zeite	n im Ausland oder bei internationalen Organisationen Beweismittel bitte beifüger
	n Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im
	ngsverlauf nicht enthalten sind?
nein,	bitte weiter bei Ziffer 6.6
ja	
	n Sie Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil Sie im
Ausland ge	arbeitet haben)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, ge, Landwirte).
	ge, Landwilte).
nein	To Monte the To Monte the
<u> </u>	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja,	vom bis bis Versicherungssystem / Sondersystem
	· s.c.a.gasystam / Conductystam
	Staat
	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
	Beweismittel bitte beifügen
beziehungsweise nach \	ch Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark oder in den Niederlanden Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: and, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?
nein ja,	Tag Monat Jahr  Vom  Staat
6.4 Sind Sie Vertrieber	ner / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?
nein ja,	für Zeiten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind, <b>bitte</b> Vordruck V0710 für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien (beziehungsweise in Bosnien-Herzegowina, im Kosovo, in Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien oder Slowenien) oder der Tschechoslowakei (beziehungsweise in Tschechien oder der Slowakei),
	Vordruck V0711 für Zeiten in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan), Vordruck V0712 für Zeiten in Rumänien, Vordruck V0720 für Zeiten in Polen
	ausfüllen und beifügen, bitte weiter bei Ziffer 6.6
6.5 Haben Sie Beitrags	szeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?
nein, bitte weiter b	bei Ziffer 6.6



bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen, bitte weiter bei Ziffer 6.6

**6.6** Haben Sie während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem

Jahr

6.5.2 Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

Sonderversorgungssystem dieser Organisation angehört (zum Beispiel bei OECD, UNO, CERN, EZB, EPA oder

Tag

bis

Monat

Jahr

ja

nein,

ja

nein

nein

ja,

vom

ja

einer Institution der Europäischen Union)?

Beschäftigungsort

**6.5.1** Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?

Monat

Name und Hauptsitz der internationalen Organisation

Versicherungsnummer	Kennzeichen   (soweit bekannt)
7 Aprochoupgozoit	
7 Anrechnungszeit (zum Beispiel Krankheit,	en Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)
7.1 Haben Sie Anrech	nungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?
nein ja, <b>I</b>	bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen
8.1 Haben Sie Kinder i	
1	nnerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher dig bei Ihnen angerechnet wurden?
	bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen
	der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des kgelegt (frühestens ab dem 1.1.1992), die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?
,	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
nein ja, v	rom bis bis
k	Kindschaftsverhältnis
	zum Haushalt gehörendes Stiefkind
E	Bescheid über
F	Pflegeleistungen
9 Sonstige Angabe	n
Vorschriften oder Grund	wartschaft oder einen Anspruch auf <b>eigene Versorgung</b> nach beamtenrechtlichen sätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-
	tnis oder Arbeitsverhältnis? /ersorgungsdienststelle
Ь. п.	
nein i ja _	uktenzeichen
_	
F	Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten
	ist beigefügt liegt nicht vor wird nachgereicht
1	rogen Sie bereits eine weitere <b>Rente</b> aus <b>eigener Versicherung</b> oder haben Sie eine
solche beantragt (auch i	·
nein ija, v	rom bis bis  Tag Monat Jahr
h	peantragt am
	/ersicherungsträger
_	
V	ersicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen



Versicherungs	nummer (soweit bekannt)								
<b>9.3</b> Wurd	e ein <b>Versorgungsausgleich</b> wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen								
	nerschaft durchgeführt?								
nein,	bitte weiter bei Ziffer 9.4								
ja,	bitte lesen Sie die Hinweise im <b>Vordruck R4100</b> , wenn Ihre Anrechte der gesetzlichen Rentenversicherung durch einen Versorgungsausgleich gekürzt worden sind oder Sie aufgrund eines Versorgungsausgleichs Beiträge gezahlt haben. Mit diesem Vordruck können Sie gleichzeitig einen Antrag zum Ausgleich von Härten stellen.								
	n Sie <b>Zeiten nach dem Fremdrentengesetz</b> zurückgelegt, weil Sie beispielsweise als Vertriebener ussiedler anerkannt wurden?								
nein	ja, bitte Vordruck R0860 ausfüllen und beifügen, wenn Sie nach dem 6.5.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten, Vordruck R0865 ausfüllen und beifügen, wenn Sie in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan) gearbeitet haben.								
bei Antrag	auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 9.7								
	e zum Rentenantrag führende <b>Erwerbsminderung / Schwerbehinderung</b> ganz oder teilweise <b>Folge Ills</b> oder durch <b>andere Personen</b> verursacht worden?								
nein,	bitte weiter bei Ziffer 9.6								
	Tag Monat Jahr								
☐ ja,	Unfalltag								
	bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck F0870) ausfüllen und beifügen								
	Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten ngsgesellschaften)?								
nein									
	Tag Monat Jahr								
☐ ja,	am								
, <b>J</b> ,	bei welcher Stelle								
	Aktenzeichen								
verursacht'	en Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.6.1983? (Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer all vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".)								
nein,	bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.8								
	bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.11								
	Tag Monat Jahr								
ja,	Unfalltag								
	bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck F0870) ausfüllen und beifügen								

Kennzeichen (soweit bekannt)



	Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten ngsgesellschaften)?										
nein											
	Tag Monat Jahr										
☐ ja,	am										
	bei welcher Stelle										
	Aktenzeichen										
bei Antrag	auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.8										
bei Antrag	auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.11										
9.7 Beitra	agspflichtige Einnahmen										
9.7.1 Erhalt	en Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Arbeitsentgelt - auch aus geringfügiger Beschäftigung - oder ndsgeld?										
nein,	bitte weiter bei Ziffer 9.7.3										
	Tag Monat Jahr										
ja	bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis										
9.7.2 Soll II	nr Arbeitsentgelt bis zum Rentenbeginn hochgerechnet werden?										
☐ ja											
Ь.	dia Entra Itana di una calla bassuartet warden										
nein,	die Entgeltmeldung soll abgewartet werden en Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Sozialleistungen, zum Beispiel Krankengeld oder										
Arbeitslose											
nein											
	Tag Monat Jahr										
☐ ja	bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis										
ja											
	Art der Leistung										
	zahlende Stelle										
	Anschrift										
	7 tilodiline										
	Aktenzeichen										
	Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn eine nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit aus mit nlung einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens?										
nein											
Ь	Tag Monat Jahr										
ja	bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis										

Kennzeichen (soweit bekannt)



Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt)
noch Ziffer 9.7.4
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)
Geburtsdatum
9.7.5 Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Übergangsgebührnisse der Bundeswehr?
nein  Tag Monat Jahr  ja bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis  zahlende Stelle
Anschrift
Aktenzeichen
9.8 Werden Sie ab Rentenbeginn Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete erhalten?
nein ja
bei Antrag auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 10
bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.10
<b>9.9</b> Haben Sie die Feststellung einer Schwerbehinderung beantragt oder wurde diese bereits festgestellt?
nein ja eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt
Tag Monat Jahr
beantragt am
bei welcher Stelle
Aktenzeichen
bitte weiter bei Ziffer 10
Bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung 9.10 Werden Sie ab Rentenbeginn eine der folgenden Einkünfte erzielen?
<ul> <li>Arbeitsentgelt (hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit)</li> </ul>
nein ja, bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen
<ul> <li>Steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland (hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter)</li> </ul>



ja, bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen

nein

Kennzeichen Versicherungsnummer   (soweit bekannt)
noch Ziffer 9.10
- Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)
nein ja, <b>bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen</b>
- Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH
nein ja, <b>bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen</b>
Erklärung (Vordruck R0230) ist beigefügt wird nachgereicht
bitte weiter bei Ziffer 10
9.11 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute
<b>9.11.1</b> Erhalten Sie Arbeitsentgelt? Hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit.
nein 🔲 ja
<b>9.11.2</b> Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland? Hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter.
nein ja
9.11.3 Erhalten Sie Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen
Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)?
l neinl ja
9.11.4 Erhalten Sie Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?
nein ja
9.11.5 Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?
nein ja
9.11.6 Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld,
Arbeitslosengeld, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten
Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
nein ja, vom bis bis bis
beantragt am
Ait del Leistung
zahlende Stelle
Anschrift
Aktenzeichen



Versicherungsnummer								Kennzeichen (soweit bekannt)								
					ı	1			ı					I		

**10 Andere Leistungen**Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

10.1 Hinte	erbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch im Ausland)
nein	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja,	vom
	Tag Monat Jahr
	zahlende Stelle
	Zai lietue Stelle
	verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)
	Versicherungsnummer Geburtsdatum
	ungen aus der gesetzlichen <b>Unfallversicherung</b> oder von einem ausländischen
Unfallversi	cherungsträger (auch Abfindungen)
nein	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja,	vom
ja,	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen
	Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)
	Tag Monat Jahr
	Unfalltag Jahr der Abfindung Jahr der Abfindung
10.3 Kran	kengeld von einer Krankenkasse
nein,	bitte weiter bei Ziffer 10.4
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja,	vom
,	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen



Versicherungsr	Kennzeichen nummer (soweit bekannt)
<b>10.3.1</b> Liegt	der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?
nein	ja
	gangsgeld von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger; <b>Verletztengeld</b> ; gskrankengeld; Überbrückungsgeld der Seemannskasse
nein	
Ь.	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja,	Vom bis bis Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen
	Akterizeichen
	Art der Leistung
40 E Arboit	telegengeld Dürgergeld Einstiegeneld Cründungenuschuse von der Agentus für Arheit oder
einem Jobc	slosengeld, Bürgergeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit oder enter, Kurzarbeitergeld von Ihrem Arbeitgeber
	en zum Bürgergeld und zum Einstiegsgeld sind <b>auch</b> dann erforderlich, wenn <b>unterhaltsberechtigte 2</b> Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.
nein,	bitte weiter bei Ziffer 10.6
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
☐ ja,	vom bis
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen
	Art dor Leietung
	Art der Leistung
<b>10.5.1</b> Liegt	der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit oder eines Jobcenters zugrunde?
nein	ja



10.6 Verso Stelle	orgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen
nein	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja,	vom bis
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen
Die Angabe	Ilhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger en sind auch dann erforderlich, wenn unterhaltsberechtigte Angehörige Leistungen nach dem uch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.
nein	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
☐ ja,	vom bis bis
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen
	Art der Leistung
10.8 Kinde	erzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse
nein	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
☐ ja,	vom bis
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle

Kennzeichen (soweit bekannt)



Aktenzeichen

Versiche	erungs	snun	nmei	r					ennz sowe	en kannt	)
					ı		ı			I	

10.9	9 Elterr	ngeld von den Elterngeldstellen
	nein	
Г	Helli	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Ы		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Ш	ja,	vom
		Tag Monat Jahr
		beantragt am
		zahlende Stelle
		Aktenzeichen
10	10 L aiat	ungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
	IU Leisi	ungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Porsten und Gartenbau
	nein	
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	ja,	vom bis
	ja,	Tag Monat Jahr
		beantragt am
		zahlende Stelle
		Aktenzeichen
		Art der Leistung
10.	11 Aust	oildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz
	nein	
	110111	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
$\vdash$		
$\square$	ja,	vom
		Tag Monat Jahr
		beantragt am
		zahlende Stelle
		bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks
		Aktenzeichen



10.12 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch	
nein  Tag Monat Jahr  Tag Monat Jahr  ja, vom  Tag Monat Jahr  Tag Monat Jahr	
beantragt amzahlende Stelle	
Aktenzeichen	
10.13 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, Kriegsopferfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz, Versorgungsleistung nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Ansprüchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)	
nein  Tag Monat Jahr  Tag Monat Jahr  ja, vom  Tag Monat Jahr  beantragt am  zahlende Stelle	
Aktenzeichen	
Art der Leistung	
<ul> <li>11 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)</li> <li>11.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?</li> <li>Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle</li> </ul>	
Anschrift	
Die Meldung zur KVdR (Vordruck R0810)  ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet	
11.2 Üben Sie über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit oder eine Beschäftigung aus, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei ist?	

Kennzeichen (soweit bekannt)



Versicherungsnummer										
<b>11.3</b> Beantragen Sie einen <b>Zuschuss</b> zu den Aufwendungen für eine <b>freiwillige</b> Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem <b>privaten</b> Krankenversicherungsunternehmen?										
nein, bitte weiter bei Ziffer 12	bitte weiter bei Ziffer 12									
ia										
<b>11.3.1</b> Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?										
nein ja										
<b>11.3.2</b> Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen <b>gesetzlichen</b> Krankenversicherung?										
nein  Name der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes										
ja										
Anschrift										
Land										
Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)										
11.3.3 Sind Sie bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert beziehungsweise										
Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) ode einer anerkannten Solidargemeinschaft?	∍r									
nein, bitte weiter bei Ziffer 11.3.4										
ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft <b>Vordruck R0821 ausfüllen lassen</b>										
Vordruck R0821 ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet										
bitte weiter bei Ziffer 11.3.5										
<b>11.3.4</b> Sind Sie bei einem ausländischen privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, das der Aufsic eines Mitgliedstaates der EU, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt?	ht									
nein, bitte weiter bei Ziffer 12										
ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen Vordruck R0822 ausfüllen lassen										
Vordruck R0822 ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet										



	en Beitragsaufwendungen bei einer <b>privaten Krankenversicherung</b> für Familienangehörige tigt werden?								
nein,	bitte weiter bei Ziffer 12								
ja,	die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im <b>Vordruck R0821 / R0822</b> einzutragen Familienangehöriger (Name, Vorname)								
	Geburtsdatum  Verwandtschaftsverhältnis								
	Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen								
nein	der Familienangehörige Rentner?  Tag Monat Jahr Versicherungsnummer  ja, seit								
	geversicherung								
	en oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das er dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)								
nein									
	Name, Vorname des Kindes								
ja	Geburtsdatum								
	Kindschaftsverhältnis leibliches Kind / Adoptivkind Stiefkind Pflegekind								
	Nachweise zu dieser Frage benötigen wir nicht, wenn die Angaben unter Ziffer 16 bestätigt werden oder das Versicherungskonto Kindererziehungszeiten beziehungsweise Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung enthält.								
13.1 Per E	umentenzugang De-Mail si einem De-Mail-Anbieter ein <b>De-Mail-Postfach</b> eröffnet.								
Damit	tte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. t entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. e De-Mail-Adresse lautet:								

Kennzeichen (soweit bekannt)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<b>13.2 Für sehbehinderte Menschen</b> Menschen mit einer Behinderung (zum E Dokumente in einer für sie wahrnehmba	Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, iren Form zu erhalten.
Aufgrund meiner Behinderung bitte ich d zuzusenden, und zwar	larum, mir Dokumente zusätzlich in <b>einer</b> für mich wahrnehmbaren Form
als Großdruck	
in Braille (Kurzschrift)	
in Braille (Vollschrift)	
als CD (Schriftdatei / Textdatei im '	".doc"-Format)

### 14 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

als Hörmedium (CD-DAISY Format)

**Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken im Versicherungsverlauf habe ich keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

**Ich verpflichte mich,** den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen beziehungsweise nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 10 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Bei Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit / Erziehungsrente willige ich ein, dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert.

**Bei Antrag auf Altersrente willige ich ein,** (sofern ich unter Ziffer 9.7.2 nichts anderes bestimmt habe), dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens

- frühestens 3 Monate vor Rentenbeginn eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert,
- für den weiteren Zeitraum gegebenenfalls bis zum Rentenbeginn die entsprechenden voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen (maximal für 3 Monate) hochrechnet und
- diese der Rentenberechnung zugrunde legt.



Versich							(soweit bekannt)							
	Ι.	1	1		1					1	1	1	1	

**Mir ist bekannt,** dass sich eine **Hochrechnung** im Vergleich zu einer Berechnung der Rente auf Basis der tatsächlich erzielten Entgelte **nachteilig** auswirken kann. Das kann der Fall sein, wenn

- in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Hochrechnungszeitraum eine Entgelterhöhung lag oder
- in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Hochrechnungszeitraum für weniger als einen Kalendermonat zum Beispiel Krankengeld bezogen oder unbezahlter Urlaub in Anspruch genommen wurde oder
- im Hochrechnungszeitraum Einmalzahlungen (zum Beispiel Urlaubsgeld, Urlaubsabgeltung, Weihnachtsgeld, beitragspflichtige Abfindungen) erwartet werden oder
- sich im Hochrechnungszeitraum Entgelterhöhungen (zum Beispiel bei Tariferhöhung oder Mehrarbeit) ergeben.

Die hochgerechneten Entgelte werden der jetzt beantragten Rente dauerhaft zugrunde gelegt, auch wenn sich die Hochrechnung nachteilig auswirkt.

**Mir ist bekannt**, dass ich einen Antrag auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen auch dann stellen kann, wenn die Feststellung einer Schwerbehinderung zwar beantragt, das Feststellungsverfahren aber noch nicht abgeschlossen ist. Der Nachweis über die Schwerbehinderung kann nachgereicht werden. Eine spätere Antragstellung kann unter Umständen dazu führen, dass die Altersrente für schwerbehinderte Menschen überhaupt nicht gezahlt werden kann.

Wenn ein Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung gestellt wird, **verpflichte ich mich** darüber hinaus, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen:** 

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges
  - Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Bürgergeld),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, bei Aufnahme einer ausländischen Beschäftigung oder aufgrund des Beginns einer ausländischen Rente),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich),
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens) und
- g) den Verzug in einen anderen Staat.

Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten beziehungsweise werde ich in der Online-Version auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung - www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815 - lesen.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer	Kennzeichen   (soweit bekannt)								
1.1									
15 Anlagen Möchten Sie zu Ihrem Rentenantrag Unterlagen einreichen oder nachreichen, bitte Vordruck R0990 beifügen.									
16 Bestätigungsvermerk  Die Angaben zur Person (siehe Ziffer	2) worden heetätigt durch:								
Die Angaben zur Person (siene Ziner	2) werden bestatigt durch.								
Geburtsurkunde / Abstammungsu	ırkunde 🔲 gültigen Personalausweis 🔲 gültigen Reisepass								
Das Kindschaftsverhältnis für die Pf	legeversicherung (siehe Ziffer 12) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:								
Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes Familienbuch / Familienstammbuch									
Fin Grad der Behinderung (GdB) von n	nindestens 50 / die Schwerhehinderteneigenschaft wird hestätigt								
	Ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 / die Schwerbehinderteneigenschaft wird bestätigt.  Tag Monat Jahr  Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab:								
	Tag Monat Jahr								
Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis: unbefristet									
Es ist beigefügt:									
Dienststempel	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden								

